37e Année. — N° 31. Vendredi 1er Août 1890.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Clinique médicale. Hôpital Necker : Sur un cas d'angiocholite, par le professeur Peter. — **Clinique obstétricale** : Observation d'un accouchement triple, par le Dr Dusseaud. — **Revue de la presse** : Ophthalmoplégie externe et amyotrophie générale. — **Académie des sciences** : Séance du 21 juillet 1890. — Présidence de M. Hermite. — Participation des plaques motrices terminales des nerfs musculaires à la dépense d'énergie qu'entraîne la contraction. Influence exercée sur l'échauffement du muscle par la nature et le nombre des changements d'état qu'elles excitent dans le faisceau contractile. — Possibilité des injections trachéales chez l'homme, comme voie d'introduction des médicaments. — Réclamation de priorité au sujet de la craniectomie. — **Académie de médecine** : Séance du 29 juillet 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin : Trépanation dans les accidents éloignés consécutifs aux blessures de la tête. — Election. — Contribution expérimentale à la pathogénie de l'albuminurie et de la néphrite brightique. — Traitement des maladies de l'estomac par le cannabis indica. — **Société de chirurgie** : Séance du 30 juillet 1890. — Présidence de M. Nicaise. — De l'appendicite. — Hémorrhagie générale du corps vitré; ophthalmotomie. — Incision vaginale dans les abcès pelviens. — Gangrène traumatique de quatre orteils chez un diabétique. — Résection du genou. — Statistique de quarante-quatre cas. — Méthode opératoire. — Présentations de pièces. — **Société médicale des hôpitaux** : Séance du 18 juillet. — Présidence de M. Dumontpallier. — Traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. — Abcès du foie. — Sur la sécrétion lactée chez les nouveaux-nés. — Election. — **Nouvelles**. — **Nécrologie**. — **Bulletin bibliographique**.

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL NECKER. — M. LE PROFESSEUR PETER

Sur un cas d'angiocholite (1).

Messieurs,

J'ai à vous entretenir aujourd'hui d'une malade couchée dans notre salle Trousseau. C'est une jeune femme de 27 ans, enceinte de trois mois, qui a d'abord été soignée dans le service de la Crèche. Cette malade avait eu deux fois des coliques hépatiques très nettes, mais non suivies d'ictère.

Cette fois-ci au contraire, elle présentait, il y a trois semaines déjà, un ictère notable. Le foie est très volumineux et présente 16 centimètres sur la ligne mamelonnaire. Elle était, de plus, atteinte de fièvre, car le 17 février elle avait 39°8.

Depuis, sa courbe a été absolument désordonnée : 25 février. — 39°6. Le 26. — m. 40°, s. 36°2. Le 27. — m. 35°6, s. 36°2. Le 28. — m. 36°6.

(1) Note recueillie par le Dr L. Greffier.

Frissons fréquents de 15 à 20 minutes, suivis de sueurs et d'un certain état de collapsus. Actuellement, 28 février, elle se présente à notre examen avec un ictère notable. Non seulement il y a coloration des téguments, mais toutes les perturbations fonctionnelles qui se rattachent à cet état. C'est ainsi qu'une raie, tracée avec l'ongle sur la peau, devient rouge et persiste longtemps : c'est la *tache méningitique* de Trousseau, qui ne se retrouve pas seulement dans la méningite, mais dans des états très divers (fièvre typhoïde, goitre exophthalmique, ictère). Cette tache est en somme causée par un état pathologique des vaso-moteurs. Dans le cas actuel, on doit admettre que les éléments de la bile qui se trouvent dans le sang ont une action nocive sur les vaisseaux. Cette action sur les vaso-moteurs doit être rapprochée de celle qui occasionne le prurit et qui s'exerce sur les nerfs sensitifs de la peau. C'est là, Messieurs, un fait que j'ai vu et signalé le premier. Noël Gueneau de Mussy a signalé à son tour de l'œdème, manifeste surtout le long du tibia. C'est encore un fait du même ordre, résultant d'une dilatation vasculaire par défaut de tonicité musculaire des vaso-moteurs.

Dans le cas actuel, nous ne trouvons pas d'œdème; mais il y a une exagération de la sensibilité du périoste du tibia, fait commun à tous les ictères, quelle que soit leur cause.

Mais ici, l'ictère est accompagné d'un état très grave des grandes fonctions organiques : les yeux sont profondément excavés; la voix est éteinte, comme chez les cholériques. C'est qu'il y a des vomissements fréquents, d'une extrême abondance, qui ont occasionné un état adynamique.

Le pouls est voisin de 120 et extrêmement petit, mais la température est hypo-thermique (36°6). Comme je vous l'ai dit, la courbe thermique est absolument désordonnée. Elle indique, en somme, des poussées fébriles.

Cette malade est bien dans les conditions voulues pour avoir des coliques hépatiques; elle est femme, d'abord, et ensuite elle mène une vie sédentaire.

Elle a eu du reste deux fois de ces coliques, *mais sans ictère*. Ces coliques étaient très nettes et se terminaient au bout de quelques jours sans autre accident. Dans ces conditions, Messieurs, on confond fréquemment la colique hépatique avec de *la gastralgie*.

Il y a de vives douleurs d'estomac suivies de vomissements et survenant de deux à trois heures après le repas, au moment où la bile coule dans le duodénum. C'est que la bile n'a pas ses qualités habituelles et cause ainsi de la douleur.

Eh bien, nous avons dans cette symptomatologie matière suffisante à un diagnostic différentiel :

1° La gastralgie se manifeste aussitôt l'ingestion des aliments ; dans la pseudo-gastralgie, la douleur n'apparaît que trois ou quatre heures après le repas ;

2° La gastralgie, quelque douloureuse qu'elle soit, n'est jamais suivie de vomissements. C'est le contraire dans la colique hépatique.

La colique hépatique se présente le plus souvent sous forme d'une *indigestion douloureuse*. Ici encore, le diagnostic est facile, l'indigestion vraie n'est jamais douloureuse. La douleur est caractéristique de la colique hépatique.

Messieurs, la bile à l'état normal est fluide ; dans cet état, elle n'irrite pas la muqueuse des conduits biliaires. Mais lorsque de la poussière de lithiase est charriée par cette bile, il y a irritation des voies biliaires ; d'où la douleur, et, par action réflexe, le vomissement. Mais comme cette poussière biliaire n'est pas assez dense pour oblitérer les canaux, il n'y a pas d'ictère. Si, au contraire, la lithiase est plus prononcée, s'il y a des calculs, l'oblitération se produit, et l'ictère apparaît. C'est, en somme, une question de plus ou de moins.

Notre malade a donc eu deux accès de colique hépatique sans ictère. Mais cette fois, l'ictère est des plus manifeste. Elle est entrée à l'hôpital avec 39°,6 ; le foie était très volumineux, et mesurait 16 centimètres sur la ligne mamelonnaire. Nous avions donc manifestement affaire à une complication ; vraisemblablement nous sommes en présence d'une *angiocholite* ; il y a inflammation de la vésicule du fiel et, de plus, ce que Trousseau appelait si ingénieusement une broncho-pneumonie du foie, c'est-à-dire une inflammation des voies biliaires intra-hépatiques.

Les fréquentes surélévations de la température signifient qu'il y a eu des poussées fluxionnaires sur divers points des voies biliaires. La malade accuse d'ailleurs de fréquents frissons très intenses, se prolongeant de quinze à vingt minutes, et suivis de sueurs, puis d'un certain collapsus, nouvelle expression du mouvement fluxionnaire et inflammatoire qui se fait du côté des voies biliaires.

D'où vient donc l'hypothermie que nous constatons actuellement ? Elle est due à la fréquence des vomissements ; la malade est jetée dans le collapsus par les spoliations dont elle est victime. C'est ce qui fait la gravité de son état.

N'y aurait-il pas suppuration des voies biliaires ? C'est là une complication grave et qui se termine le plus souvent par la mort. Quand même il en serait ainsi, l'âge de la malade pourrait nous faire espérer la guérison. M. Carron, qui l'a soignée à la Crèche, lui a très judicieusement fait appliquer des ventouses scarifiées, et à la suite de cette application, la fièvre est tombée. On n'a pas osé renouveler cette saignée en présence du collapsus, et on a appliqué de la teinture d'iode. Pour moi, je lui mettrai demain un vésicatoire.

Mais ce qui domine toutes les indications, actuellement, c'est l'adynamie. C'est contre elle que nous avons à lutter. Il faut empêcher cette malade de mourir d'épuisement.

Je vous ferai remarquer d'abord que la malade est enceinte de trois mois : il est donc possible que les vomissements soient aggravés par cette circonstance. Pour combattre ces vomissements, nous lui ferons *respirer de l'oxygène*. Cette pratique sera très rationnelle. Il faut bien que vous sachiez que les inhalations d'oxygène ont pour effet de modifier par contact la sensibilité du pneumogastrique respiratoire. De fait, les résultats sont hors de proportion avec les quantités d'oxygène inhalé.

Nous calmerons les douleurs avec des *injections de morphine*, et contre l'état adynamique, nous ferons des *injections d'éther*.

Nous n'essaierons pas pour le moment d'agir sur le foie ; ce serait une détestable pratique : l'eau de Vichy, le remède de Durande, seraient certainement vomis Il faut avant tout empêcher la malade de mourir.

Plus tard, lorsque nous serons arrivés à modifier la sensibilité des voies biliaires, nous lui administrerons un médicament qui est beaucoup mieux supporté ; il consiste à donner l'une après l'autre une perle d'éther et une perle de térébentine.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Observation d'un accouchement triple,

par le Dr DUSSEAUD.

Au mois d'octobre dernier, je fus appelé auprès de Mme X... pour l'accoucher.

Elle était en douleur depuis douze heures lorsqu'on vint me chercher ; son premier accouchement ayant duré cinquante-huit heures, le mari croyait qu'il en serait de même pour le second.

La parturiente était âgée de 25 ans, d'une mauvaise santé depuis son enfance. Elle avait accouché pour la première fois un an auparavant. Pendant l'accouchement elle avait eu des attaques d'éclampsie, ensuite elle eut de la fièvre puerpérale et une phlegmatia alba dolens ; elle dut garder le lit pendant deux mois et demi.

Depuis sa première couche, elle avait souffert tout le temps, obligée de garder la chambre constamment. Elle n'avait cependant point vu de médecin.

A l'examen, on constate un développement exagéré du ventre. La malade croit être enceinte de deux enfants. Sa grand'mère a eu une grossesse double.

A la palpation, on trouve une tête dans l'hypochondre droit et des petites parties un peu partout. Au toucher, on trouve une tête dans l'excavation.

L'auscultation ne fournit pas beaucoup de renseignements. Soit à cause de la faiblesse des battements du cœur, soit à cause du bruit que fait la mère qui vient d'arriver et que je ne parviens point à faire taire, je les entends mal.

A neuf heures du matin, en raison de l'éloignement des douleurs, de la diminution de leur intensité ainsi que de l'état d'abattement de la parturiente, je me décide à faire une application de forceps et je mets au monde une fille. Quelques minutes après je trouve une seconde tête dans l'excavation et je constate en outre que celle qui était dans l'hypochondre droit n'avait pas changé de place.

Après une demi-heure d'attente la parturiente n'ayant point de douleurs, je fais une seconde application de forceps, de nouveau je mets au monde une fille. Pour la troisième fois je retire par les pieds une troisième fille.

Chaque fois, j'ai fait la ligature du cordon.

J'ai pratiqué des tractions sur chacun des cordons et j'ai fait de l'expression utérine pour terminer la délivrance. Il y a eu une hémorrhagie assez abondante que j'ai pu arrêter non sans peine à l'aide de la compression et des injections très chaudes. Puis j'ai fait deux piqûres, l'une d'ergotine et l'autre d'éther.

Les enfants étaient contenus dans une poche des eaux propre à chacun d'eux, il y avait de même trois placentas.

Les placentas des deux enfants qui sont venus les premiers au monde étaient accolés par leur circonférence sur une étendue de 4 à 5 centimètres. Les membranes à ce niveau étaient également accolées sur une hauteur de 3 à 4 centimètres.

Le troisième placenta n'avait aucun rapport avec les deux premiers.

Les placentas présentaient chacun un volume normal, les membranes étaient très résistantes. Les trois enfants, du sexe féminin, étaient très petites. Les deux premières ont respiré en venant au monde, la troisième n'a donné que quelques signes de vie et malgré l'insufflation à l'aide du tube laryngien, je n'ai pu la ranimer.

L'accouchement terminé vers onze heures, je me retirai vers midi après avoir fait une seconde piqûre d'éther. Vers trois heures on vient me chercher. Sous mes yeux la mère fut prise d'une attaque d'éclampsie et mourut.

Elle n'avait probablement point cessé d'être albuminurique depuis sa première grossesse.

REVUE DE LA PRESSE

Ophthalmoplégie externe et amyotrophie généralisée. — Dans une de ses dernières leçons (20 juin) publiée par la *Gazette hebdomadaire*, M. le professeur CHARCOT a exposé deux cas cliniques dans lesquels l'ophthalmoplégie externe coïncidait avec une atrophie musculaire plus ou moins généralisée des membres.

L'un des malades présente très nettement les apparences cliniques de l'ophthalmoplégie externe. Il y a immobilité des yeux et chute incomplète de la paupière supérieure. Le regard est fixe parce que les yeux ne peuvent se mouvoir ni en haut, ni en bas, ni à droite, ni à gauche ; de plus, le regard est vague parce que les axes optiques ne sont pas parallèles. Il y a là quelque analogie avec ce qui se passe dans la maladie de Parkinson, mais dans cette dernière la fixité du regard tient à la rigidité des muscles et non à une paralysie ; l'œil est plutôt grand ouvert, les sourcils sont élevés et le front plissé de rides transversales comme dans l'ophthalmoplégie externe, mais pour une cause différente.

Chez le malade de M. Charcot, les sourcils sont élevés et le front plissé de rides transversales à cause des efforts faits par le muscle frontal pour suppléer à l'insuffisance du releveur des paupières. Le malade ne peut mouvoir sa tête dans une direction quelconque, à cause de la paralysie de toutes les branches extérieures du nerf moteur oculaire commun et du nerf moteur oculaire externe. Toute la musculature externe des deux yeux est donc atteinte.

Pendant ce temps, la musculature interne de l'œil, comprenant les muscles ciliaires et les muscles iriens, est absolument indemne ou du moins peu altérée, les mouvements d'accommodation et les réflexes pupillaires contrastent par leur intégrité avec la paralysie des muscles extérieurs. Il y a ophthalmoplégie externe, mais non ophthalmoplégie interne ; il y a donc là une dissociation remarquable des fonctions de moteur oculaire commun.

La colonne ganglionnaire qui sert d'origine aux fibres du moteur oculaire occupe au-dessous du bulbe une région qu'on pourrait appeler le bulbe supérieur ou protubérantiel. En cette région se termine le quatrième ventricule et commence l'aqueduc de Sylvius qui va s'ouvrir plus haut dans le troisième ventricule ; c'est dans la paroi inférieure, dans le fond de cet aqueduc de Sylvius et aussi sur ses parois latérales que siègent l'amas ou même les amas de cellules motrices qui servent d'origine au moteur oculaire commun. On peut suivre par en haut cette colonne ganglionnaire jusqu'au point où l'aqueduc s'ouvre dans le troisième ventricule. Or, contrairement aux opinions anciennes, ces amas cellulaires ne forment pas un tout cohérent, où les cellules d'origine des nerfs se rendant aux divers muscles de l'œil seraient entremêlées et confondues. L'expérimentation a montré que les rameaux iriens et ciliaires proviennent d'amas cellulaires placés au-dessus de ceux qui donnent naissance aux nerfs des muscles externes. Ces derniers reconnaissent autant de noyaux d'origine qu'il y a de muscles.

Voici quelle est la disposition de ces noyaux le long de l'aqueduc. Il existe d'abord des noyaux latéraux qui sont d'avant en arrière ou de haut en bas : ceux de l'élévateur de la paupière supérieure, du droit supérieur et du petit oblique, puis des noyaux médians pour le droit interne et le droit externe. En bas et plus en arrière sont ceux du grand oblique ou pathétique qui

participe, lui aussi souvent, à l'altération de l'ophthalmoplégie externe. Ainsi dans l'ophthalmoplégie externe la lésion porte sur le groupe cellulaire postérieur composé des amas de noyaux que nous venons de passer en revue. Si le noyau antérieur destiné aux nerfs des muscles ciliaires et iriens reste en dehors de la sphère d'activité de la lésion originelle, il n'y a pas d'ophthalmoplégie interne.

C'est là un des grands caractères des paralysies nucléaires des muscles de l'œil, mais ce caractère n'est pas absolu, car le noyau antérieur peut être affecté par voisinage. D'autres signes de l'ophthalmoplégie nucléaire sont la mobilité et la symétrie.

Si le tronc du nerf est atteint après sa formation, on observe presque forcément des troubles de tous les muscles externes et des muscles internes innervés par la troisième paire. Aussi le terme d'ophthalmoplégie externe est synonyme de paralysie nucléaire ; la lésion porte sur les noyaux d'origine et non sur les nerfs émanant des noyaux. Cependant on peut admettre des lésions portant sur les nerfs périphériques et capables d'amener la dissociation. Un coup de froid peut frapper l'extrémité des nerfs musculaires extérieurs, tandis que les branches oculo-motrices ciliaires resteront protégées par la cornée et ne participeront pas au processus ; mais ces cas sont tout à fait exceptionnels.

Dans un travail récemment publié dans les *Annales d'oculistique*, Dufour (de Lausanne) rapporte 31 autopsies qu'il groupe en quatre catégories de faits :

1° La région cellulaire originelle de l'oculo-moteur est comprimée en masse par une tumeur.

2° Il existe une hémorrhagie du plancher de l'aqueduc de Sylvius ; on trouve des corps granuleux, et si l'affection a duré quelque temps, une destruction des cellules motrices. Ce processus se rencontre dans des formes de l'alcoolisme et de la diphthérie. Ces cas ont été désignés par Wernicke sous le nom de poliencéphalite supérieure aiguë ou suraiguë, ils sont le plus souvent rapidement mortels. Ils forment un groupe très intéressant, mais très distinct, des deux cas dont il nous reste à parler.

3° Les noyaux moteurs sont primitivement et systématiquement affectés comme le sont par exemple les cornes antérieures de la substance grise de la moelle, dans l'atrophie musculaire progressive du type Duchenne-Aran ou dans la sclérose latérale amyotrophique, comme le sont, dans la paralysie bulbaire inférieure, les noyaux moteurs de l'hypoglosse, du facial inférieur, etc., qui représentent dans le bulbe les cornes antérieures de la moelle. Les cas de cette catégorie sont nombreux et appartiennent tous à des tabétiques.

4° Dans cinq cas, alors que, pendant la vie, les symptômes de l'ophthalmoplégie externe avaient été très manifestes et durables, l'autopsie n'a permis de constater aucune altération des noyaux bulbaires ni des nerfs périphériques ; il y avait donc une ophthalmoplégie externe qui serait due à une simple névrose ; de plus dans un cas de Meyer, unique jusqu'ici, la lésion des noyaux étant absente, les nerfs périphériques bulbaires étaient seuls affectés.

Ce qu'il faut donc considérer ici, c'est l'altération nucléaire systématique, laissant de côté la polioencéphalite supérieure aiguë, le plus souvent alcoolique ou d'origine infectieuse, les cas de tumeurs et enfin les ophthalmoplégies sans lésion qui se sont montrées plusieurs fois combinées au goitre exophthalmique et qui ont été étudiées par Ballet.

Chez les deux malades de M. Charcot, il s'agit d'une sorte de paralysie bulbaire supérieure comparable à tous égards à la paralysie bulbaire inférieure. Dans les deux cas il y a lésion isolée et systématique des noyaux moteurs, les noyaux sensitifs étant respectés. La paralysie bulbaire inférieure se complique parfois de la paralysie bulbaire supérieure et inversement. Dans le cas de paralysie bulbaire inférieure, ce sont les noyaux de l'hypoglosse situés au niveau du bec du calamus et de la partie inférieure du ventricule qui sont atteints ; dans la paralysie bulbaire supérieure ce sont les noyaux de l'oculo-moteur situés au niveau de l'aqueduc de Sylvius et à la partie supérieure du 4e ventricule qui sont affectés.

L'ophthalmoplégie externe peut donc constituer une affection isolée, indépendante, dont l'étiologie sera nette, syphilis, diphthérie, ou bien restera tout à fait obscure. L'ophthalmoplégie peut alors se compliquer de symptômes qui relèvent de la lésion des noyaux moteurs du bulbe correspondant aux cornes antérieures. La lésion s'étend alors systématiquement des noyaux moteurs du bulbe supérieur à ceux du bulbe inférieur. D'autres fois la maladie reste stationnaire. Dans des cas rares la paralysie bulbaire supérieure succède à l'inférieure ; c'est alors une paralysie labio-glosso-laryngée ascendante.

Les cas de paralysie bulbaire supérieure isolée sont les plus fréquents, mais le syndrome ophthalmoplégie externe peut se combiner à d'autres maladies des centres nerveux, par exemple la paralysie générale progressive et surtout l'ataxie locomotrice.

Dans le tabes, les lésions unilatérales de la 3e et de la 6e paires ne sont pas rares, et ces accidents figurent vulgairement dans la période préataxique. A côté des névrites périphériques qui dans le tabes paraissent constituer des lésions secondaires d'une importance moindre, il faut toujours compter, lorsqu'il survient de l'atrophie musculaire, bulbaire ou spinale, sur l'altération des noyaux gris quand il s'agit du bulbe et, quand il s'agit de la moelle, sur leurs analogues, les cornes antérieures de la substance grise. D'ailleurs chez les ataxiques avec ophthalmoplégie externe, il n'est pas rare de rencontrer en même temps, en diverses parties du tronc et des membres, des amyotrophies plus ou moins généralisées, stationnaires ou progressives qui relèvent sans doute d'une altération des cellules ganglionnaires de la moelle.

L'ophthalmoplégie ataxique ne modifie pas beaucoup le pronostic du tabes, mais elle est beaucoup plus fixe et plus difficile à déraciner que les paralysies oculaires unilatérales qui se dissipent en général presque toujours d'elles-mêmes au bout de trois à six mois. D'autre part les paralysies bulbaires supérieures peuvent avoir une tendance descendante et, rencontrant dans le bulbe inférieur le noyau du pneumogastrique, précipiter la terminaison fatale. Les sujets qui offrent cette complication souffrent fréquemment de crises gastriques et laryngées qui relèvent assez souvent d'une lésion des noyaux bulbaires.

Dans un troisième groupe et c'est celui sur lequel veut particulièrement insister M. Charcot, l'ophtalmoplégie externe, la polioencéphalite supérieure se combine à une amyotrophie plus ou moins généralisée, à marche tantôt suraiguë, tantôt lente et progressive. Les cas qui ressortissent à ce groupe sont peu nombreux encore ; M. Charcot en a retrouvé six cas, ce qui ferai, huit en comptant ses deux observations personnellest

Le premier malade est âgé de 41 ans, ses antécédents héréditaires sont peu chargés ; cependant il a eu des crises d'automatisme ambulatoire (hystériques ou épileptiques) de 14 à 18 ans ; il aurait également souffert de coliques de plomb. L'affection a débuté par de la paralysie atrophique des muscles de la main, puis a envahi progressivement tout le membre, les bras, les épaules ; les muscles de la partie postérieure du cou sont tellement atrophiés que la tête tombe en avant et que le malade ne peut la relever sans de grands efforts ; bientôt les membres inférieurs se sont pris à leur tour, les réflexes tendineux sont absents aux membres supérieurs, normaux aux inférieurs. Ce malade offre des secousses fibrillaires très nettes que l'on peut constater dans les muscles des mollets et des cuisses ; il présente enfin tous les signes de l'ophthalmoplégie externe. Il n'a aucun trouble de la sensibilité ni des sphincters.

Ce cas présente quelques particularités qui l'écartent du type Duchenne-Aran. Les muscles ont un affaiblissement parallèle des deux modes de l'excitation électrique, sans réaction de dégénérescence, tandis que dans le type Duchenne-Aran, la réaction de dégénérescence existe dans les muscles les plus affectés ; mais dans la maladie de Duchenne la réaction de dégénérescence est difficile à trouver ; d'autre part dans une affection connexe, la syringomyélie avec atrophie musculaire, là où l'atrophie est évidemment de cause spinale, cette réaction peut faire complètement défaut. L'absence de ce signe n'est donc pas suffisante pour éloigner l'idée d'une atrophie de cause spinale dans le cas actuel. M. Charcot admet plutôt que parmi les atrophies musculaires d'origine spinale, les unes, suivant des circonstances non encore analysées, entraînent la réaction de dégénérescence, tandis que les autres ne l'entraînent pas.

Une autre particularité qui n'appartient pas au type Duchenne-Aran, c'est une sorte de rétraction musculaire ou tendineuse remarquable ici dans le biceps et qui s'oppose à l'extension complète de l'avant-bras. Ces rétractions se voient surtout dans les myopathies primitives, celles où il n'existe pas de lésions spinales, mais on les rencontrera peut-être dans certains cas de myopathies spinales (type Duchenne-Aran) et de sclérose latérale amyotrophique. Aussi, malgré ces anomalies, M. Charcot rattache-t-il l'amyotrophie de son sujet au type Duchenne-Aran et conclut-il à une altération des cellules motrices des noyaux spinaux et des noyaux bulbaires.

Dans le second cas de M. Charcot il ne s'agit plus de polyomyélite antérieure chronique et progressive, mais bien de polyomyélite antérieure subaiguë, répondant au type clinique de la paralysie spinale antérieure subaiguë qui anatomiquement est représentée par une lésion inflammatoire des cornes de la substance grise de la moelle avec destruction des cellules motrices. L'évolution s'est faite dans une période de 6 à 7 mois. Aujourd'hui le malade en est à la période de rétrocession ; son ophthalmoplégie externe, très accentuée lors de l'entrée à l'hôpital, tend aujourd'hui à s'effacer ; il commence depuis deux mois à pouvoir se tenir debout et à marcher.

C'est un homme de 37 ans, de corpulence athlétique, ni alcoolique, ni syphilitique. En septembre 1889, il s'est fracturé le péroné et a dû s'aliter ; quand il a voulu se relever, il n'a pu y réussir : ses membres étaient devenus impuissants ; peu après les membres supérieurs furent pris. C'est trois mois après le début de la maladie qu'il a remarqué du ptosis. Les muscles paralysés des membres se sont rapidement atrophiés ; ils sont flasques et animés de secousses fibrillaires. Les réflexes sont absents et il n'existe aucun trouble de la sensibilité ni des sphincters. Ici encore il n'y a pas de réaction de dégénérescence, bien qu'il y ait un affaiblissement très prononcé des réactions électriques, tant faradique que galvanique. C'est donc à une lésion subaiguë des cellules motrices des cornes antérieures de la moelle qu'il faut rapporter l'amyotrophie des membres tandis que le ptosis et la paralysie des muscles oculaires qui l'accompagnent relèvent de la lésion également subaiguë des noyaux oculo-moteurs.

Le pronostic n'est pas brillant. L'amyotrophie progressive du type Duchenne-Aran marche lentement, mais progresse à peu près fatalement et la combinaison de la polioencéphalite supérieure n'est pas faite pour rendre le pronostic plus favorable, car il y a des chances pour que le bulbe inférieur se prenne à son tour et on aurait alors à redouter des accidents graves qui se termineraient invariablement par la mort. Chez le second malade le pronostic est moins sombre. Il semble qu'on assiste à une rétrocession de la maladie et qu'on puisse espérer la guérison.

Les moyens mis en œuvre sont les révulsifs sur la région spinale et à la nuque, l'hydrothérapie et l'électrothérapie, enfin à l'intérieur les reconstituants, mais

il ne faut pas se faire beaucoup d'illusion sur la puissance de ces agents thérapeutiques. A. Ch.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 juillet 1890. — *Présidence de* M. Hermite

Participation des plaques motrices terminales des nerfs musculaires à la dépense d'énergie qu'entraîne la contraction. Influence exercée sur l'échauffement du muscle par la nature et le nombre des changements d'état qu'elles excitent dans le faisceau contractile. — M. A. Chauveau fait une communication qu'il résume dans les conclusions suivantes :

Si nous ne pouvons tirer des expériences la démonstration d'une proportionnalité suffisamment approximative entre le travail présumé des plaques motrices terminales et l'échauffement qui en résulte, ou l'énergie qu'il dépense, au moins est-il bien démontré, par ces expériences, que « l'échauffement manifeste une tendance très marquée à « s'élever avec le nombre des mouvements de raccourcissement et d'allongement qu'exécute le muscle, c'est-à-« dire avec la multiplication des excitations qui pro-« voquent ces mouvements, autrement dit avec le travail « physiologique des plaques motrices terminales ».

Il est important de faire remarquer que l'échauffement, quand le nombre des mouvements est considérable, peut atteindre et dépasser même très notablement celui qui résulte du soutien fixe de la charge avec le raccourcissement maximum du muscle. Ce résultat est en concordance avec celui qui a été obtenu par A. Fick, dans ses expériences comparatives sur l'échauffement du muscle de grenouille soumis à des excitations artificielles qui provoquent soit un tétanos vrai, avec fusion complète des secousses musculaires, soit un tétanos incomplet laissant les secousses parfaitement indépendantes. Mais mes expériences ne s'accordent guère avec les expériences analogues de J. Béclard. Je ne saurais m'expliquer actuellement comment ce physiologiste distingué a pu constater que le biceps de l'homme s'échauffe exactement de la même manière en faisant du travail moteur avec des oscillations nombreuses entre deux raccourcissements extrêmes déterminés, ou du travail de soutien dans un état de raccourcissement fixe d'une valeur intermédiaire. Il me paraît impossible d'obtenir, dans ce dernier cas, quelles que soient les conditions dans lesquelles on se place, autre chose qu'un échauffement moindre que dans le premier.

Possibilité des injections trachéales chez l'homme, comme voie d'introduction des médicaments. — M. R. Botey. Avant de présenter les expériences que j'ai faites à ce sujet, je rappellerai que la Médecine vétérinaire fut amenée par le hasard d'une expérience (Gohier) à se servir de cette voie pour l'introduction des médicaments. Collin constata la rapidité d'absorption, tout à fait remarquable, des liquides par les bronches et les vésicules pulmonaires, rapidité bien supérieure à celle de la muqueuse digestive. Le hasard aussi avait montré, chez l'homme, la possibilité de l'introduction de liquides sans grand dommage. Je rappellerai aussi le fait observé par Bichat, dans son service, d'un liquide alimentaire injecté dans les voies aériennes, au lieu de l'être dans l'œsophage : aucun accident n'était survenu. Le professeur Bouchard avait abordé ce sujet, dans son livre sur la Thérapeutique antiseptique, et rappelé les expériences thérapeutiques de Bergeon, présentées au Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences, tenu à Rouen.

Il étudia cette question dans des expériences pratiquées sur les lapins et constata l'innocuité de ces injections faites avec l'eau salée à 7 pour 1000 et naphtolée à 0 gr., 20, pourvu que l'injection fût pratiquée lentement et que la qualité ne dépassât pas 10 centigr. par kilogramme et par heure. Quand la méthode sera mieux assise expérimentalement, dit le professeur Bouchard, elle pourra probablement être employée chez l'homme et rendre des services dans la bronchite diphtéritique du croup.

C'est en partant de ces idées que je fis des expériences, d'abord sur des lapins, puis sur moi-même.

Expériences sur des lapins. — Le poids des animaux était d'environ 2 kilogr. ; injection d'eau distillée de 1 gr. sans inconvénient ; de 2 gr. avec quelques troubles respiratoires, bientôt dissipés ; de 3 gr. avec troubles beaucoup plus graves. Ces animaux furent sacrifiés et, à l'autopsie, je ne trouvai aucune altération des voies respiratoires.

Chez un lapin un peu plus petit, la mort survint par l'injection de 4 gr. d'eau ; elle apparut très vite et, à l'autopsie, les poumons étaient lourds, œdémateux, congestionnés et les bronches remplies d'écume sanguinolente.

J'injectai ensuite, sur trois grands lapins, des liquides caustiques (du nitrate d'argent à 1/2 pour 100 ou du bichromate de potasse à 1/2 pour 100) à la dose de 0 gr., 5 sans grand inconvénient, tandis que l'injection dans l'œsophage et l'estomac était suivie d'accidents très sérieux.

Expériences faites sur moi-même. — Ayant l'habitude de me laryngoscopiser et supportant facilement l'introduction de divers instruments dans le larynx, je décidai de pratiquer sur moi même des expériences, après avoir anesthésié mon larynx au moyen d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au dixième. Après application du miroir j'introduisis une seringue de 25 centim. cubes de capacité, pourvue d'une longue canule très fine et convenablement courbée, puis j'injectai dans la trachée, peu à peu, en dirigeant le liquide le long des parois, un peu moins de la moitié du contenu de la seringue (10 gr.) d'eau distillée. Je ne ressentis rien d'anomal, pas même la moindre toux. Les jours suivants, j'injectai la seringue, c'est-à-dire 25 gr., sans éprouver ni toux ni malaise ; seulement le nombre des respirations était de 17 au lieu de 21, le nombre des pulsations de 74 au lieu de 82.

Trois jours plus tard, j'injectai 37 gr. d'eau stérilisée et distillée, sans le moindre malaise. Enfin au bout de huit jours, je versai, coup sur coup, le contenu de deux seringues, sans toux ni gêne respiratoire ; seulement, le nombre des pulsations et des respirations baissa pendant quelques heures.

Je ne dépassai pas la dose, mais je suis convaincu que j'aurais pu, en le faisant avec précaution, injecter une bien plus grande quantité de liquide.

Expérience sur le malade. — Chez une femme de ma consultation gratuite, atteinte d'une syphilis laryngo trachéale, j'injectai 12 gr. d'une solution iodurée au centième ; il y eut de la toux, le larynx n'ayant pas été anesthésié.

Deux jours après, injection de 15 gr., après anesthésie,

sans provoquer le moindre réflexe. Quelques jours plus tard, injection tous les deux jours de 25 gr. de cette solution, à laquelle j'ajoutai 0 gr. 10 de bichlorure par 100 gr. d'eau; chaque injection contenait 0 gr. 25 d'iodure et 2 milligr. 5 de bichlorure.

Je répétai ces injections dix sept fois de suite; la malade les supporta fort bien et elle guérit de son affection, jusqu'alors rebelle à un traitement interne très énergique. Chaque fois, le nombre des respirations tombait de 23 à 18, pendant quelques heures.

Je n'ai pas fait d'expériences en traversant la trachée : à la suite d'essais sur le cadavre, je suis convaincu que l'on pourrait traverser sans inconvénient la paroi antérieure sans blesser la paroi postérieure; mais ces expériences ne devraient pas être tentées à une consultation externe.

Réclamation de priorité au sujet de la craniectomie. — M. Guéniot : Le 5 novembre 1889, en présentant à l'Académie de médecine un enfant microcéphale dont les sutures et les fontanelles paraissaient oblitérées, je crois avoir formulé, le premier et de la manière la plus explicite, l'idée de la *craniectomie*. C'est, en effet, dans les termes suivants, que j'exposai mes vues à ce sujet :

Aujourd'hui que la chirurgie cranienne, grâce aux pratiques antiseptiques, est devenue d'une réelle bénignité ne pourrait-on pas concevoir une opération libératrice qui permettrait à l'encéphale de prendre, au moins en partie, son expansion naturelle? Ce n'est pas ici le lieu de discuter cette grave question. Mais, dans ma pensée, la création d'une sorte de réseau membraneux, propre à remplacer les fontanelles et les sutures oblitérées, ne serait pas absolument au-dessus des ressources de l'art. C'est à l'aide d'opérations successives, pratiquées à de longs intervalles, que je comprends la possibilité de réaliser avec fruit cette conception thérapeutique.

Si l'on veut bien mettre ce passage en regard de la Communication faite à l'Académie des Sciences, le 30 juin 1890, par M. le professeur Lannelongue, on pourra facilement se convaincre, en comparant les dates :

1° Que l'idée première et complète de la craniectomie m'appartient dans son intégralité;

2° Que M. Lannelongue m'ayant devancé dans la pratique de l'opération, c'est à lui que revient, sans conteste, la priorité de l'exécution.

Comme j'ai le ferme espoir que, bientôt, la craniectomie comptera parmi les bienfaisantes conquêtes de la chirurgie, j'ai pensé que, tout en réclamant la part qui m'est due dans ce progrès thérapeutique, il m'appartenait de signaler dans l'important travail de M. Lannelongue, l'existence d'une petite lacune historique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 juillet 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend : 1° un mémoire *sur une épidémie de variole dans le Djurdjura, en Kabylie*, et une liste des *vaccinations réussies dans la circonscription médicale du Djurdjura pendant l'année* 1889, par M. le Dr Jaubert (de Michelet); 2° un travail *sur le traitement des laryngites tuberculeuses*, par M. le Dr Clado (de Paris); 3° un rapport *sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en* 1888-1889 *et* 1889-1890 *au* 3e *régiment de tirailleurs algériens*, par M. le Dr Léon Charrier (de Constantine).

Trépanation dans les accidents éloignés consécutifs aux blessures de la tête. — M. Vaslin (d'Angers) lit un travail qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° Dans les lésions traumatiques du crâne, il faut être réservé dans le pronostic au début, même dans les cas d'apparence bénigne;

2° Le blessé doit être tenu en observation constante malgré les apparences d'une guérison complète;

3° Il faut agir promptement quand les troubles nerveux graves surviennent;

4° La trépanation, dans ce cas, appliquée à temps, produit les plus heureux résultats.

Élection. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers pour la 1re division (médecine).

Pour la première place, sur 38 votants, majorité 20, M. Crocq (de Bruxelles) est élu par 33 voix contre 4 données à M. Kalindéro (de Bucharest) et 1 bulletin blanc.

Pour la seconde place, sur 36 votants, majorité 19, M. Kalindéro est élu par 32 voix contre 4 données à M. Corradi (de Pavie).

Contribution expérimentale à la pathogénie de l'albuminurie, et de la néphrite brightique. — M. Semmola donne lecture d'un travail sur ce sujet dont voici les conclusions :

1° Le degré de l'albuminurie expérimentale n'est pas toujours en rapport avec l'intensité du processus morbide. Dans les néphrites toxiques produites par des agents qui n'ont pas d'action altérante sur la constitution du sang, on obtient au maximum des lésions rénales dans une albuminurie très faible, tandis que dans les néphrites toxiques d'origine minérale, en général, on réalise un maximum d'albuminurie qui est dû en même temps aux lésions rénales et à l'état dyscrasique;

2° Dans l'albuminurie expérimentale produite par l'injection de blanc d'œuf, il n'y a besoin d'aucune altération épithéliale pour que l'élimination albumineuse soit réalisée. Il s'agit là d'un simple phénomène d'élimination dépurative selon toutes les lois bien connues de la physiologie de la sécrétion rénale en rapport des principes étrangers et nuisibles circulant dans l'économie vivante;

3° Cette élimination dépurative d'albumine à travers le rein n'en constitue pas moins un effort fonctionnel auquel l'appareil rénal ne doit pas se prêter physiologiquement, parce que dans l'état vraiment normal de l'organisme, les principes albuminoïdes provenant de l'alimentation sont destinés à remplir des fonctions intra-organiques et non pas à être éliminés au dehors;

4° Cet effort fonctionnel dépurateur est en conséquence un état pathologique, et il arrive, en effet, que cette élimination d'albumine produit à la longue des altérations secondaires qui doivent rentrer dans la série des néphrites toxiques proprement dites, avec cette différence que dans ces dernières prédomine un caractère plus franchement inflammatoire, tandis que, dans les altérations rénales consécutives à l'élimination de l'albumine injectée, prédominent des effets dégénératifs qui les font rapprocher davantage des lésions rénales des brightiques;

5° L'albuminurie brightique, qui est toujours caractérisée par de grandes oscillations dans la quantité d'albumine émise dans les différentes heures de la journée, soit par le fait de l'alimentation plus ou moins azotée, soit par d'autres

causes incapables d'être évaluées, doit être rangée dans les albuminuries hématogènes, parce que, à part toutes les raisons cliniques ou anatomiques (gros rein blanc, bilatéralité, etc.), il serait impossible de concevoir des changements si rapides et si nombreux dans le degré du processus morbide des épithéliums avec une différence de quelques heures seulement, tandis que persiste le processus morbide du rein tout entier.

M. Hayem. Je ne m'attendais pas à entendre la communication de M. Semmola et à l'argumenter immédiatement. Il y a cependant, dans ce travail, diverses choses que je ne puis laisser passer sans observation. Il y a déjà longtemps que M. Semmola a publié ses premiers travaux ; je ne puis revenir que sur le point de vue expérimental auquel M. Semmola fait jouer un rôle considérable. Les matières albuminoïdes injectées dans le sang, dit-il, peuvent provoquer une albuminurie dans laquelle l'albumine éliminée par les urines n'est pas en rapport avec la quantité d'albumine injectée, mais quel rapport existe entre ? l'albumine du blanc d'œuf et les différentes formes sous lesquelles se présente l'albumine du plasma sanguin ? L'albumine du blanc d'œuf n'est pas assimilable, elle est éliminée et produit une néphrite toxique. Elle agit simplement dans l'économie comme corps étranger.

Pour élucider cette question j'ai procédé autrement : j'ai fait des injections en très grand nombre avec des sérosités naturelles, par exemple avec les liquides du péritoine ou du péricarde du cheval, avec du liquide d'hydrocèle ; il résulte de ces expériences que lorsqu'on introduit ces sérosités naturelles en proportion considérable dans l'organisme, on ne produit pas d'albuminurie.

Prenons le plasma sanguin upposé adultéré par M. Semmola ; prenons du sang brightique. J'ai trouvé un jour à la fourrière un chien qui avait tous les symptômes de la maladie de Bright avancée. Ce chien brightique pesait une douzaine de kilogrammes ; j'ai pris un petit chien de 4 kilogrammes que j'ai placé sur une balance et je l'ai saigné à blanc. Immédiatement je lui fis une transfusion du sang du chien brightique et j'injectai un poids égal à celui du sang enlevé par la saignée. Ce petit animal supporta la transfusion de ce sang brightique comme si j'avais injecté du sang absolument physiologique. Je refis une seconde fois cette expérience avec le même résultat.

Ainsi je suis partisan de l'origine dyscrasique de la maladie de Bright ; mais je demande qu'on nous montre en quoi consiste cette dyscrasie.

M. Semmola. Ma communication a pour titre contribution expérimentale à la pathogénie de l'albuminurie et de la néphrite brightique. Il y a un fait sur lequel on ne peut discuter, c'est que l'injection dans le sang d'albumine d'œuf produit de l'albuminurie.

M. le professeur Hayem a donc transporté la question sur un terrain sur lequel je ne voulais pas attirer l'académie, je n'ai pas voulu parler de la question très intéressante, mais très obscure, des altérations du sang dans l'albuminurie.

Je n'ai donc pas voulu démontrer catégoriquement la doctrine que je défends depuis si longtemps ; l'altération du sang existe, mais nous n'en connaissons encore rien. La question des albuminoïdes dans l'organisme est très vaste et il faut recourir à des démonstrations indirectes pour élucider cette question.

M. Hayem. Je veux remercier M. Semmola de sa communication et prendre acte de ce fait que d'après M. Semmola nous ne connaissons rien des altérations du plasma dans le mal de Bright. Autrefois M. Semmola avait pensé que le sang du chien brightique devait rendre un autre chien brightique, et mes expériences, très nettes, sont tout à fait en désaccord avec les théories qu'à soutenues autrefois M. Semmola et qu'en somme il soutient encore aujourd'hui.

Traitement des maladies de l'estomac par le cannabis indica. — M. G. Sée termine son travail par des conclusions où il établit :

1° Que le cannabis doit être employé sous forme d'extrait gras, à dose de 0 gr.05, en 5 doses par jour sous forme de potion. Au delà, il devient toxique. Les principes chimiques actuellement extraits du cannabis n'ont pas donné de résultat.

2° C'est surtout dans les affections inorganiques de l'estomac que nous avons employé ce médicament. Ces affections sont de deux ordres :

a. Les altérations chimiques du suc gastrique (l'hyperacidité chlorhydrique est la plus fréquente).

b. Les névroses qui se présentent sans aucune modification chimique du suc gastrique.

3° M. G. Sée passe alors en revue les symptômes principaux des diverses dyspepsies (troubles de l'appétit, flatulences, altérations de la digestion, participation de l'intestin, troubles réflexes nerveux, cardiaques ou cérébraux), puis il montre que le cannabis agit d'une manière constante pour faire cesser les sensations douloureuses et rétablir l'appétit, dans quelque condition que ces troubles se produisent. Si toutefois elles dépendent d'une hyperchlorhydrie, il faut lui associer de grandes doses de bicarbonate de soude à la fin de la digestion stomacale.

Le cannabis n'a aucune action sur les spasmes et les dilatations stomacales ; il agit sur les spasmes et sur les vomissements d'ordre nervo-moteur. Il calme nettement les sensations pénibles qui se produisent, sous le nom de pyrosis, par les gaz en fermentation.

La digestion stomacale est favorisée par le cannabis quand elle est ralentie par un état nervo-paralytique ou douloureux par hyperchlorhydrie. Il n'amène aucun amendement dans la digestion des anachlorhydriques.

Le cannabis, enfin, amende les troubles nerveux réflexes ; mais, il ne modifie pas les dispositions nerveuses telles que l'hypochondrie, l'hystérie, la neurasthénie.

Au résumé, c'est le véritable sédatif de l'estomac, sans aucun des inconvénients des narcotiques, des absorbants, des sédatifs généraux, des paralgésiants. Son action exige le concours des autres méthodes curatives : alcalins, purgatifs, régime.

M. Dujardin-Beaumetz. Dans sa communication, M. G. Sée a soulevé des questions de thérapeutique et des questions de doctrine médicale ; sur la question de thérapeutique nous sommes absolument d'accord. Il y a malheureusement une difficulté d'application, mais M. G. Sée croit l'avoir résolue en proposant l'extrait gras de cannabis indica.

J'aurais voulu que M. G. Sée, au lieu d'étudier l'orexine, étudiât le condurango. Le condurango, malheureusement, s'est très mal présenté en thérapeutique, on l'a donné comme guérissant le cancer de l'estomac. Or la poudre de condurango est excellente pour calmer les douleurs d'estomac et pour faire digérer.

Quant à la pathologie générale il y a à ce sujet toute une discussion sur laquelle je demanderai à revenir dans une

autre séance. J'ai déjà émis des doutes sur la valeur de l'acide chlorhydrique libre pour juger du diagnostic des maladies de l'estomac. Je ne crois pas qu'il faille attribuer à la présence ou à l'absence de l'acide chlorhydrique une très grande valeur pour distinguer les névroses des lésions de l'estomac.

M. Hayem. M. G. Sée a rappelé à propos de l'action calmante exercée par le cannabis indica sa division des dyspepsies en hyperchlorhydie et anachlorhydrie, en hyperacidité ou hypoacidité. C'est en somme la même chose.

J'ai été étonné quand M. G. Sée est venu dire que les travaux que j'ai faits avec mon chef de laboratoire, M. Kugler, n'avaient rien changé à l'état de la question. Nous avons actuellement 160 examens chimiques complets d'où il résulte que ce que M. G. Sée appelle de la dyspepsie nerveuse n'existe pas Son opinion reposait sur un examen incomplètement fait du suc gastrique.

Sur ces 160 dyspeptiques, je n'ai pas trouvé un seul cas normal, 6 seulement se rapprochaient de la normale.

Il n'y a pas de rapport entre le chimisme stomacal et les douleurs éprouvées par les malades. Les malades que M. G. Sée considère comme des nerveux ne sont pas plus nerveux que les autres. L'examen chimique fait par des procédés réellement chimiques montre que l'on ne peut actuellement distinguer les dyspepsies chimiques et les névroses de l'estomac.

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 *juillet* 1890. — *Présidence de* M. Nicaise.

De l'appendicite. — M. Reclus donne la relation de 3 observations d'appendicite. C'est d'abord un jeune garçon qui, à la suite d'une indigestion, fut pris de troubles digestifs, vomissements, météorisme, élévation de la température. M. Reclus examina le malade le 4e jour, il trouva du météorisme.

La moindre pression était douloureuse, ce qui rendait l'exploration presqu'impossible. Le diagnostic de perforation de l'appendice fut posé, vu la soudaineté des accidents. La laparotomie par la voie iliaque fut pratiquée. On tomba sur un premier abcès, gros comme une noix, et le cæcum vint y faire hernie. L'appendice fut recherché et pendant ces tentatives une deuxième poche purulente fut ouverte. Dès lors l'appendice fut facilement trouvé et sectionné entre deux ligatures. Il n'y avait aucune communication entre la perforation et les abcès intra-péritonéaux. Dix-huit heures après l'opération, le malade mourut. L'autopsie montra un commencement de péritonite.

La 2e observation a trait à un malade soigné depuis deux ans pour des coliques hépatiques. A la suite d'un voyage, des douleurs apparurent soudainement, mais sans occlusion intestinale. Il existait une tuméfaction sonore dans la fosse iliaque droite.

Le même diagnostic fut posé. L'incision iliaque fut pratiquée après injection de cocaïne. M. Reclus tomba encore sur du pus fétide. L'appendice fut très difficile à trouver et pendant les recherches on rencontra encore une seconde poche purulente. L'appendice ne put être réséqué à cause du danger de léser le cæcum. Le malade guérit.

La troisième observation est plus ancienne. Il s'agissait d'un garçon de quinze ans pris soudainement des accidents signalés plus haut. Il y avait ici une péritonite généralisée, mais une légère voussure se rapprochant de la ligne médiane indiquait la présence d'un abcès qui fut ponctionné. Tout alla bien pendant huit jours; mais une seconde poussée survint et il fallut réouvrir un nouvel abcès. M. Reclus y trouva un débris sphacélé qui n'était autre que l'appendice. Le malade guérit.

On connaît aujourd'hui la pathogénie de l'appendicite survenant sous l'influence d'un corps étranger s'engageant dans l'appendice. Il se fait une infection et alors ou il se forme une perforation, ou cette ouverture n'a pas lieu; mais dans les deux cas il y a de la péritonite de voisinage, adhérences entre les anses intestinales et formation d'abcès dans l'intérieur de ce péritoine.

La laparatomie est, bien entendu, toujours indiquée. Quelle est l'incision qu'il faut pratiquer? M. Reclus pense que l'incision oblique iliaque est celle qui doit être préférée; car elle permet d'arriver plus facilement sur l'appendice, Schüller pense de plus qu'il faut, surtout dans les cas anciens, faire la laparatomie médiane qui permet de faire le nettoyage du sac péritonéal; mais dans les cas précoces, l'incision latérale oblique suffit.

Goerster a étudié les différentes formes de la périti-phlite et particulièrement les formes médianes dans lesquelles il n'y a pas toujours une voussure, il préconise la laparatomie médiane qui permet de se rendre compte de la situation de l'abcès et de l'ouvrir.

A côté de ce type, il cite un autre type de périty phlite postérieure formant abcès en arrière; mais ici il y a souvent communication avec la poche antérieure. Goerster décrit encore la variété rectale qui va s'ouvrir dans le rectum et la variété mésocœliaque assez rare.

Il reste encore un point à élucider. Que faut-il faire dans le cas d'appendicite? Faut-il ouvrir dès qu'il existe le moindre symptôme? M. Reclus pense que cette décision est un peu prématurée; car la malade peut guérir seule et l'opération n'est pas aussi inoffensive qu'on veut le dire, mais s'il y a eu plusieurs crises, s'il y a tuméfaction, s'il y a péritonite, il ne faut pas hésiter et aller sectionner l'appendice.

Hémorrhagie générale du corps vitré. — Ophthalmotomie. — M. Delens fait un rapport sur une observation de M. Rolland, de Toulouse.

Le 1er juin 1890, ce chirurgien reçut un malade qui avait subi un traumatisme de l'œil. Il y avait une plaie de la sclérotique, tension du globe. L'examen à l'ophthalmoscope était impossible. M. Rolland fit une ponction postérieure et une ponction antérieure dans la cornée pour détendre les milieux et il constata un épanchement sanguin derrière l'iris. La vision s'améliora considérablement et aujourd'hui le malade est

complètement guéri. M. Delens préfère, à l'ophthalmotomie postérieure qui unit à sa suite toutes les membranes dans une même cicatrice, l'incision cornéenne simple qui donne aussi de bons résultats.

Incision vaginale dans les abcès pelviens. — M. Polaillon rend compte de la pratique de M. Delaroyenne qui ouvre toutes les collections purulentes des annexes par la voie vaginale. Il fait d'abord une ponction à l'aide d'un trocart, et sur ce trocart une incision au bistouri. S'il y a hémorrhagie, il tamponne avec une éponge aseptique. Il n'est pas de l'avis de M. Bouilly, qui veut faire de cette méthode une méthode d'exception.

Gangrène traumatique de quatre orteils chez un diabétique. — M. Hache, de Beyrouth, relate une observation dans laquelle il dut pratiquer une amputation partielle du pied en respectant le gros orteil. Le résultat fut bon et le malade put marcher facilement.

Résection du genou. — Statistique de 44 cas. — Méthode opératoire. — M. Lucas-Championnière dit que c'est le type de la résection pour les tumeurs blanches, car dans l'articulation du genou, on peut enlever facilement tous les foyers tuberculeux. On a rêvé de reproduire une nouvelle articulation, mais ce résultat est impossible, tandis que l'ankylose donne un membre fort bon. M. Championnière a fait 43 résections du genou pour tumeurs blanches et n'a pas perdu un seul malade. Deux fois seulement l'amputation a dû être pratiquée plus tard. Deux enfants ont conservé des fistules, mais le membre continue à s'accroître. Tous les autres sujets ont eu un membre utile et le raccourcissement ne les gêne pas dans la marche, au contraire, et il ne faut pas le corriger par un appareil.

Au bout de quelque temps, l'atrophie disparaît, les muscles reprennent de la force.

Le meilleur âge est celui-ci de 28 à 30 ans ; mais M. Championnière a opéré avec succès un homme âgé de 50 ans.

La marche se fait bien dans une période de 3 à 5 mois.

L'état général s'est toujours amélioré après l'intervention et cependant il a opéré un homme atteint d'hémoptysie qui a parfaitement guéri et qui travaille maintenant péniblement aux Halles ; mais la résection doit être complète et guérir sans fistule. Cette opération n'est pas douloureuse.

M. Championnière utilise la bande d'Esmarch, fait une incision en U, nettoie d'abord les parties extra-articulaires, puis scie en commençant par le fémur ; il finit la section avec un grand ciseau, et, après avoir coupé le tibia il juxtapose les deux sections dans une bonne position. Il faut alors nettoyer toute la synoviale des fongosités. Autrefois il se servait de catgut mais il préfère aujourd'hui le fil d'argent pour les os. Le périoste est suturé. Deux drains sont placés sur les parties latérales, la peau paraît exubérante, mais ne doit pas être sectionnée comme le fait Eugène Bœckel.

Le pansement est fait à la gaze iodoformée et avec des sachets antiseptiques. La bande de caoutchouc est alors et seulement retirée. Le membre est placé dans un appareil plâtré qui est levé le 20e jour. A ce moment on fait le second et dernier pansement et ultérieurement le membre est placé dans un appareil silicaté.

La suppuration doit être à tout prix évitée. Au quatrième mois on fait faire une genouillère en cuir bouilli lacé, cet appareil doit être porté très longtemps pour s'opposer à l'incurvation du col.

Sur les enfants, la résection du genou n'est pas une méthode de choix.

Présentations de pièces. — M. Reclus présente un rein atteint de pyélonéphrite qu'il a enlevé par la voie transpéritonéale.

M. Guéniot présente un curieux cas de tératologie. Il s'agit d'une inclusion, dans un sillon situé au-dessous de l'amygdale d'une masse représentant un rudiment d'embryon.

La Société de chirurgie entre en vacances pour reprendre ses séances en octobre,

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 juillet 1890. — Présidence de M. Dumontpallier

Traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. — M. Debove. A plusieurs reprises, on a préconisé les bains froids comme une méthode régulière de traitement de la fièvre typhoïde. Ces tentatives avaient échoué jusqu'à présent, à Paris du moins.

Aujourd'hui, beaucoup de nos collègues sont pris d'une nouvelle ferveur et veulent démontrer la supériorité de ce mode de traitement. Pour moi, le rapport de M. Merklen ne m'a pas convaincu.

Depuis le 1er janvier 1884, j'ai observé 154 fièvres typhoïdes et j'ai eu 17 décès. J'ai dû defalquer de cette statistique 20 cas de pthisie aiguë, dont la véritable nature n'a été reconnue qu'à l'autopsie. Ma mortalité a donc été de 11 0/0. Si je prends les cas observés dans ces deux dernières années, ils sont au nombre de 54, avec 5 décès, ce qui fait une mortalité de 9.2 0/0. Or, avec les bains froids la mortalité serait, d'après M. Merklen, dans les hôpitaux de Paris, de 9.92 0/0. Je n'irai pas jusqu'à dire que ma mortalité est inférieure à celle donnée par les bains froids, mais elle lui est égale et j'ai eu l'avantage de ne pas faire subir à mes malades une médication pénible.

Je ne prescris aucun médicament, mais je fais boire mes malades ; je leur donne 5 à 7 litres de liquide dans les vingt-quatre heures ; chacun d'eux est muni d'un bocal dans lequel sont recueillies les urines, et si leur quantité ne me paraît pas suffisante, je stimule le zèle de mes surveillantes, car je ne laisse pas boire mes malades, je les fais boire.

Je crois, en effet, que le meilleur moyen de prévenir les accidents de la fièvre typhoïde est de favoriser l'élimination du poison typhique par une exagération de la diurèse. Je crois même que les bons effets des bains froids sont

également dus à une augmentation de la sécrétion urinaire.

M. Gérin-Rose. J'ai noté tous les cas de fièvre typhoïde avec taches rosées lenticulaires que j'ai eu à soigner du 1er janvier 1889 au 1er juillet 1890. Mes malades ont été au nombre de 45. Je n'ai pas appliqué de médication systématique; je me suis attaché, tout en suivant les indications : 1° à faire de l'antisepsie intestinale, au moyen du naphtol et du salicylate de bismuth; 2° à diminuer la fièvre par le chlorhydrate de quinine (1 gr. 50 à 2 gr.) et les bains à 30°; 3° à soutenir les forces.

Sur mes 45 typhiques, j'ai eu 3 morts et 42 guérisons, soit à peu près une mortalité brute de 6 2/3 0/0.

Mais 2 de mes décédés sont morts avant l'application de tout traitement; ils doivent donc être défalqués, de sorte que j'ai le droit de dire qu'un seul malade soumis au traitement a succombé, ce qui réduit mon chiffre de mortalité à moins de 3 0/0.

Abcès du foie. — M. Laveran rapporte du foie des pays chauds, dont le pus s'est montré complètement stérile, du moins dans les milieux de culture ordinaire. Il a été impossible, soit par l'examen histologique, soit par l'examen bactériologique, de constater la présence d'amibes ou de microbes quelconques.

Il peut se frire que les microbes qui donnent lieu à la formation des abcès de foie meurent rapidement, peut-être par suite du mélange au pus des principes de la bile; dans certains abcès, le pus est manifestement teinté par la matière colorante biliaire.

Il peut se faire aussi que les parisites qui donnent naissance aux abcès du foie ne se cultivent pas sur les milieux de culture ordinaire.

L'absence de microbes pyogènes, ou du moins la destruction rapide de ces microbes dans le pus des abcès du foie, s'accorde bien avec la marche lente et insidieuse de de ces collections purulentes.

Au point de vue pratique, il est intéressant de constater que le pus des abcès du foie ne renferme souvent aucun microbe; le lavage antiseptique de la poche purulente, qui est très utile à la suite de l'opération de la thoracotomie, paraît inutile pour les abcès de foie, à la suite de l'opération de Little, puisque le pus ne renferme pas de microbes, d'autant plus que le lavage antiseptique pourrait donner lieu ici à des accidents par suite de la déchirure d'adhérences qui souvent sont peu solides.

M. Netter ne peut, non plus que M. Laveran, expliquer l'absence de micro-organismes dans les accès du foie.

Sur la sécrétion actée chez les nouveau-nés. — M. Variot. Lors de mon passage aux Enfants Assistés, j'ai fait quelques observations sur la suractivité fonctionnelle irrégulière des glandes mammaires chez les nouveau-nés des deux sexes.

C'est ordinairement du huitième au douzième jour ou même au quinzième jour que la secrétion lactée est la plus abondante. La pression pour faire sourdre le lait est douloureuse, comme chez la nourrice dont les seins sont temporairement engorgés. Il n'est pas rare, en comprimant légèrement la glande, lorsque la sécrétion est bien établie, chez les enfants, de faire sortir jusqu'à deux et trois cetimètres cubes d'un liquide qui présente tous les caractères extérieurs du lait.

Les analyses chimiques faites à l'instigation de Gubler ont définitivement établi que le lait des jeunes enfants contenait tous les principes essentiels du lait de la femme adulte, en proportion un peu moindre et un peu variable il est vrai.

Les recherches de M. Lecocq, interne en pharmacie à l'hospice des Enfants-Assistés, lui ont montré également que l'on retrouve constamment les principes immédiats essentiels du lait dans la sécrétion du nouveau-né, c'est-à-dire le beurre, la caséine et le sucre du lait.

Nous nous sommes assurés par des examens microscopiques répétés que le lait des jeunes enfants recueilli dans la période de plein fonctionnement présentait les mêmes globules lactés que le lait de la femme.

L'activité fonctionnelle des mamelles des jeunes enfants ne cesse que graduellement et se révèle encore souvent, au bout de quatre ou cinq mois, par un faible suintement de sérosité lorsque l'on comprime les glandes entre les doigts.

Tandis que chez la femme, la suractivité des fonctions mammaires est manifestement en rapport avec des modifications du côté des organes génitaux, que la sécrétion du lait diminue et cesse lorsque la nutrition générale souffre, chez le nouveau-né, nous ne voyons aucune relation apparente entre le développement des mamelles et le système génital, et le travail de formation du lait n'est que peu ou pas modifié par le mauvais état en général.

Election. — M. Rendu est élu à l'unanimité secrétaire général en remplacement de M. Desnos démissionnaire.

En raison des vacances, la prochaine séance de la Société n'aura lieu que le deuxième vendredi d'octobre.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Thèses de doctorat pendant le mois de février 1890. — Mercredi 5 février. — N° 87. M. Bouisson (Guillaume) : Contribution à l'étude du charbon intestinal humain. — N° 88 Descoings (Adolphe) : De l'amygdalite considérée comme maladie contagieuse et infectieuse.

Jeudi 6. — N° 89. Springer (Maurice) : La croissance, son rôle en pathologie; essai de pathologie générale. — N° 90. Paillotte (Raoul) : Note sur l'alimentation des nouveau-nés. — N° 91. Perchaux (Ernest) : Histoire de l'hôpital de Lourcine. — N° 92. Mordret (Ernest) : Etude anatomo-pathologique et clinique sur les salpingo-ovarites. — N° 93. Coffin (Ernest) : Etude sur le rein des tuberculeux et sur la néphrite tuberculeuse en particulier. — N° 94. Brocard Victor) : De la pleurésie grippale. — N° 95. Ferrand (J.-Ch.-V.). Contribution à l'étude de la gangrène des membres pendant le cours de la fièvre typhoïde.

Samedi 8. — N° 96. Lorentz (Albert) : Contribution à l'étude de la filariose. — N° 97. Carl (Edouard) : Contribution à l'étude de l'actinomycose chez l'homme. — N° 98. Mollard (Edouard) : Parallèle entre la fièvre rhumatismale et le rhumatisme chronique.

Lundi 10 et mardi 11. — Pas de thèses.

Mercredi 12. — N° 99. Robineau-Duclos (A.) : Les incisions chirurgicales du rein. — N° 100. Franche (L. P.) : De la pleurésie consécutive au phlegmon de la paroi thoracique. — N° 101. Bruhl (Isaac) Contribution à l'étude de la syringomyélie.

Jeudi 13. — N° 102. Berger (Emile) : La chirurgie du sinus

sphénoïdal. — N° 103. Decressac (Eugène) : Contribution à l'étude de la chirurgie du cerveau basée sur la connaissance des localisations. — N° 104. Dablepy (Gustave) : Traitement opératoire des ostéo-arthrites fongueuses de l'enfance. — N° 125. Conte (Catulle) : Le pouls capillaire, sa pathogénie, sa valeur séméiotique. — N° 106. Planet (Abel). Tumeurs osseuses du cou. La septième côte cervicale. — N° 107. Boyer (Louis) : Du cœur forcé dans l'infanterie de marine. — N° 108. Benoist (Gabriel Henri) : L'érythème vermillon syphilitique du voile du palais.

Vendredi 14. — N° 109. Ortholan (J.) : De quelques déformations consécutives au spina ventosa. — N° 110. Garnier (Robert) : Des abcès chauds, pathogénie et traitement antiseptique. — N° 111. Richer (Paul) : De la périodontite expulsive et de son traitement.

Du samedi 15 au mercredi 19. — Pas de thèses.

Jeudi 20. — N° 112. Philippe (Paul) : Traitement de l'anus contre nature. Critique des procédés anciens. Etude des procédés de M. Chaput. — N° 113. Girard (Edmond) : Considérations sur les accidents immédiats produits par l'avulsion des dents sur les sinus maxillaires à l'état sain. — N° 114. Palasme de Champeaux : Du lymphadénome. — N° 115. Jolly (J.-B. Paul) : Influence de la scrofulo-tuberculose sur le développement de la chlorose. — N° 116. Oiry (Eugène) : Etude sur un cas d'envahissement du nerf cubital par un épithéliome pavimenteux lobulé.

Du vendredi 21 au lundi 24. — Pas de thèses.

Mardi 25. — N° 117. Kœnig (Jean-Marie-Edmond) : De l'artério-sclérose et des affections oculaires qui en dépendente — N° 118. Lachèse (Georges) : Les eaux minérales de Jouannette (Maine-et-Loire).

Mercredi 26. — N° 119. Conzette (Gaston Barthélemy) : Contribution à l'étude des ovaires à petits kystes. — N° 120. Hudelo (Lucien) : Contribution à l'étude des lésions viscérales dans la syphilis héréditaire. — N° 121. Vaquez (Henri). De la thrombose cachectique. — N° 122. Nicolle (Maurice). Contribution à l'étude des affections du myocarde. Les grandes scléroses cardiaques.

Jeudi 27. — N° 123. Rieffel (Henri) : De quelques points relatifs aux récidives et aux généralisations des cancers du sein chez la femme. — N° 124. Parmentier (Em.) : Etudes cliniques et anatomo-pathologiques sur le foie cardiaque. — N° 125. Lion (Gaston) : Essai sur la nature des endocardite infectieuses. — N° 126. Barthélemy (Hildevert) : Contribution à l'étude du mal perforant dans la paralysie générale progressive. — N° 127. Chaker (Mohammed) : Etude sur l'hématurie d'Egypte causée par la Bilharzia hœmatobia. — N° 128. M. Gaube (J. M. Raymond) : La diphthérie à Bordeaux.

Faculté de médecine de Paris. — Prix Béhier. — Par décret, en date du 19 juillet 1890, le doyen de la Faculté de médecine de Paris, au nom de cet établissement, est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées dans le testament olographe du 29 mars 1880, le legs fait par la dame veuve Béhier, née Adèle Aumont, d'une somme de 30,000 francs pour la fondation d'un prix biennal.

Ce prix portera le nom de « Prix Béhier » et sera décerné au meilleur travail, imprimé ou manuscrit, sur une question de pathologie médicale.

Faculté de médecine de Lyon. — Un concours pour une place de prosecteur s'ouvrira le 5 novembre 1890.

Un concours pour deux places d'aide d'anatomie s'ouvrira le 10 novembre 1890.

Légion d'honneur. — M. le Dr Sanchez-Toledo (de Paris) est nommé chevalier.

Distinctions universitaires. — Officiers de l'instruction publique. — Sont nommés : MM. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris, Legendre, docteur-médecin à Saint-Léger-sous-Beuvray (Saône-et-Loire).

Officiers d'académie. — Sont nommés : MM. Augé, docteur médecin à Reuilly (Indre), Battesti, docteur-médecin, conseiller général à Ornessa (Corse), Bontemps, docteur-médecin à Saumur, médecin inspecteur des écoles, Cotte, docteur-médecin à Barrême (Basses-Alpes). Despréaux, docteur-médecin, professeur à l'Union française de la jeunesse, Durand, maire de Preuilly (Indre-et-Loire), docteur-médecin, président de la délégation cantonale, Doux, pharmacien à Paris, Fabre docteur-médecin à Saint-Pons (Hérault), délégué cantonal, Girerd, officier de santé à Lyon, Issaurat, docteur-médecin, à Paris, Pain, docteur-médecin à Cayenne, Pallier, docteur en médecine à Paris, médecin-adjoint de la Société municipale de secours mutuel du 9e arrondissement, Pouget, docteur-médecin, maire de Laroquebrou (Cantal), délégué cantonal, Salla, pharmacien, maire de la Tour (Alpes-Maritimes), Vendrely, pharmacien à Champagnay, délégué cantonal, Weil (Justin Ephraïm), docteur-médecin à Paris.

Mérite agricole. — Par arrêté ministériel, M. le docteur Rabé (de Muligny) a été nommé au grade de chevalier.

École de médecine d'Angers. — Par arrêté, l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers est autorisée à jouir des droits conférés aux écoles préparatoires réorganisées par l'article 13 du décret du 1er août 1883.

École de médecine de Tours. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, un concours s'ouvrira le 3 mars 1891 devant la Faculté de médecine de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Ecole de médecine navale. — Un décret en date du 23 juillet détermine ainsi le costume des élèves de l'Ecole de médecine navale de Bordeaux.

Article premier. — Les élèves du service de santé de la marine admis, après concours, à l'école principale, portent un uniforme de petite tenue qui se compose d'une casquette, d'une redingote et d'un pantalon conformes à ceux qui sont en usage pour les médecins et pharmaciens de la marine.

Art. 2. — La cuve de la casquette a comme marque distinctive un petit galon d'or de 6 millimètres de largeur, et à la redingote un parement en velours cramoisi pour les élèves de la ligne médicale et en velours vert clair pour les élèves de la ligne pharmaceutique. Ce parement est surmonté d'un petit galon de 6 millimètres de largeur, mi-partie or et soie rouge pour les élèves-médecins et mi-partie or et soie verte pour les élèves-pharmaciens.

Art. 3. — Les élèves du service de santé de la marine portent l'épée sans dragonne et le ceinturon de soie noire.

Art. 4. — Pour le service d'hiver et le mauvais temps, les élèves du service de santé de la marine ont un caban avec pélerine mobile et capuchon du modèle réglementaire.

Médecins inspecteurs des écoles. — Par arrêté préfectoral en date du 21 juillet 1890, ayant effet du 1er août suivant, M. Laurent (Émile), docteur en médecine, demeurant à Paris, boulevard de La Villette, 58, est nommé médecin inspecteur des écoles du XIXe arrondissement, en rempla-

cement de M. le Dr Gager, révoqué (7e circonscription) (?).

Médecins inspecteurs des écoles. — Un emploi de médecin inspecteur des écoles est actuellement vacant dans le 20e arrondissement.

MM. les médecins de cet arrondissement qui désireraient se porter candidats sont invités à produire à la mairie (bureau des Ecoles) une note indiquant leurs titres.

Les inscriptions seront reçues, de 10 heures à 4 heures (dimanches et fêtes exceptés).

Val-de-Grâce. — Le jury du concours pour l'Ecole du service de santé militaire est composé de M. le médecin-inspecteur Gaujot et de MM. les médecins-majors Pierrot et Benech.

Mission. — M. le docteur Picqué, ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, est chargé d'une mission en Allemagne, Russie, Autriche et Turquie, à l'effet d'y étudier l'organisation de la chirurgie.

Corps de santé des colonies. — Par décret, en date du 28 juillet 1890 : 1° sont nommés dans le corps de santé des colonies, pour prendre rang à compter du 1er août 1890 :

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — MM. les médecins principaux de la marine Quétand, Illy et Trucy.

Au grade de pharmacien en chef de deuxième classe. — M. le pharmacien principal de la marine, Raoul.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe de la marine Chédan, Sérès, Kieffer. Delrieu, Gries, Cazes, Nivard, Bastian, Le Jollec, Reynaud, Auvray et Lidin.

Au grade de pharmacien principal. — MM. les pharmaciens de première classe de la marine Gandaubert et Phibaire.

2° Sont nommés dans le corps de santé des colonies avec leur ancien grade et pour prendre rang de la date de leur brevet :

Au grade de médecin de première classe. — MM. Vaysse Devoti, Parnet, Péthellaz, Guérin, Aubry, Henry, Paquier Merveilleux, Mestayer et Simon.

3° Sont nommés dans le corps de santé des colonies, pour prendre rang à compter du 1er août 1890 :

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe de la marine Bahier, André dit Duvigneau, Jollet, Garnier, Cassagnou, Depasse, Vergoz, Capus, Lemoine, Collomb, Rabère, Bannerot, Barrau, Calmette, Facien, Lafage, Hébrard, Ricard, Reaucar, Fontaine, Signé, Dumas, Gouzien, Piron, Sallebert, Birolleau, de Taroni, Le Guen, Angier, Boullangier, de Boyer de Camprieu et Delrieu.

Au grade de pharmacien de première classe. — MM. les pharmaciens de deuxième classe de la marine Nény, Pignet, Pottier, Charroppin, Cougoulat, Dubois, Pairault, Kérébel et Lacroux.

Commission des logements insalubres. — Dans sa séance de mercredi 23 juillet, le Conseil municipal de Paris a nommé le Dr Socquet, membre de cette commission.

Congrès de médecine mentale en 1890. — La date d'ouverture de la première session du Congrès annuel de médecine mentale, à Rouen, qui avait été, ainsi que nous l'avons annoncée, fixée au 4 août, a été reculée au mardi 5 août.

Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine. — Dans la dernière séance du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, M. Dujardin-Beaumetz, au nom de la commission nommée par le Conseil, a donné lecture d'un rapport sur les mesures qu'il y aurait lieu de prescrire dans le cas où une épidémie cholérique se déclarerait à Paris. Voici le texte de ce rapport tel qu'il a été adopté, après quelques légères modifications :

1° Nécessité de connaître le plus promptement possible les cas de choléra ;

2° Création d'un corps de médecins délégués ayant pour mission de constater la réalité et la gravité de la maladie qui leur est signalée, et de veiller à l'exécution rigoureuse des mesures de désinfection ;

3° Pour la désinfection des déjections (vomissements et matières fécales) et des linges souillés par la malade, et pour le lavage de la figure et des mains des personnes qui l'approchent, emploi exclusif du sulfate de cuivre. Ce produit sera mis à la disposition du public par l'administration ;

4° Pour la désinfection des locaux contaminés, augmentation du nombre des escouades de désinfecteurs, et création d'un emploi d'inspecteur chargé de vérifier si les désinfections ont été bien pratiquées. La désinfection se fera à l'aide de l'acide sulfureux provenant de la combustion du soufre. Des lavages seront faits au sublimé. Les objets de literie et les linges ayant été en contact avec le malade devront être passés à l'étuve. La commission demande l'achat immédiat de dix étuves mobiles à désinfection par la vapeur d'eau sous pression, qui seront réparties dans Paris ;

5° Le transport des malades devra toujours être fait par des voitures spéciales. Ces voitures seront chauffées pendant le transport du malade et désinfectées aussitôt après

6° On devra évacuer les maisons et particulièrement les garnis où se seront déclarés des cas de choléra ;

7° Des services spéciaux isolés seront créés dans des hôpitaux de Paris, désignés à cet effet. Ces services devront être indiqués dès aujourd'hui et le personnel appelé à soigner ces malades sera instruit des mesures prophylactiques à prendre pour éviter les atteintes du mal ;

8° Toutes les mesures d'hygiène privée et publique devront être exécutées avec un soin scrupuleux. De l'eau salubre devra être donnée à toute la population parisienne.

Congrès de Berlin. — La délégation qui doit se rendre au congrès international de médecine de Berlin est ainsi définitivement constituée.

M. Bouchard, membre de l'Académie de médecine de Paris, professeur à la faculté de médecine, a été nommé président de la délégation, qui est composée de MM. les docteurs Baudouin, A. Berlioz, ancien chef de laboratoire à la faculté de médecine de Paris, Bouchut, médecin honoraire des hôpitaux; Chantemesse, professeur agrégé; Charrin, médecin des hôpitaux; Gellé; Javal, membre de l'Académie de médecine; Josias, médecin des hôpitaux; Gley, agrégé de la faculté; Lacassagne, professeur à la faculté de médecine de Lyon; Le Fort, membre de l'Académie de médecine; Leloir, professeur à la faculté de médecine de Lille; Magitot, membre de l'Académie de médecine; Moure, professeur libre de laryngologie, à Bordeaux; Netter, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux; Nicaise, professeur agrégé à la faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux; Proust, ins-

pecteur général des services sanitaires; Ch. Richet, professeur à la faculté de médecine; Valude, médecin-adjoint de la clinique des Quinze-Vingts; Vignes, médecin oculiste.

Il faut y joindre les médecins délégués par le ministère de la guerre, par le ministère de la marine et par la direction des colonies.

Le choléra en Espagne. — L'épidémie cholérique qui s'est déclarée dans la province de Valence ne diminue pas de fréquence; elle semble, au contraire, s'être étendue à de nouveaux villages, jusqu'à présent indemnes.

On signalait également, il y a quelques jours, l'apparition de l'épidémie à Villa Joyosa, distant de trois heures de la ville d'Alicante, mais cette nouvelle n'a pas été officiellement confirmée.

La grippe au Sénégal. — La fièvre dengue continue à sévir avec intensité à Saint-Louis; presque tous les Européens ont été ou sont atteints de la maladie. La ville se trouve dans les conditions hygiéniques les plus défavorables.

Montpellier et Marseille. — Le projet de création d'une Faculté de médecine à Marseille a soulevé une vive agitation à Montpellier; non seulement une pétition, qui doit être adressée au gouvernement, circule en ce moment et a déjà réuni près de 40,000 adhérents, mais le Conseil municipal, le doyen de la Faculté de médecine ont donné leur démission. Avant-hier, le Conseil général et le Conseil d'arrondissement se sont réunis hors session pour rédiger une protestation qui doit être adressée au chef de l'Etat.

D'un autre côté, M. Déandréis, député de la premièrer circonscription de Montpellier, après entente préalable avec M. le Ministre de l'Instruction publique, a obtenu que sa proposition, portant qu'une Faculté ne pourra être créée qu'en vertu d'une loi, serait mise à l'ordre du jour de la Chambre samedi prochain.

Les étudiants étrangers en France. — Les étudiants étrangers inscrits dans les facultés de médecine, au deuxième trimestre de l'année scolaire 1889-90, sont au nombre de 908.

Paris en compte 822, se décomposant comme suit:

6 allemands, 51 anglais, 7 autrichiens, 7 belges, 8 bulgares, 34 espagnols, 34 grecs, 6 hollandais, 12 italiens, 1 monégasque, 1 norwégien, 18 portugais, 85 roumains, 261 russes, 20 serbes, 1 suédois, 25 suisses, 71 turcs, 159 américains (Etats-Unis), 13 égyptiens, 1 persan, 1 australien.

Bordeaux compte 17 étrangers, dont 2 anglais, 2 belges, 1 américain (Etats-Unis), 1 égyptien, 5 mauritiens, 5 argentins, 1 cubain.

Lille compte 3 étrangers dont 1 anglais, 2 russes.

Lyon compte 8 étrangers, dont 1 russe, 2 suisses, 3 turcs, 1 égyptien, 1 malgache.

Montpellier compte 53 étrangers, dont 2 anglais, 14 bulgare, 3 espagnols, 7 grecs, 1 italien, 2 roumains, 4 russes, 16 turcs, 4 égyptiens.

Nancy compte 4 étrangers, dont 3 allemands et 1 américain (Etats-Unis).

En résumé, 907 étrangers, dont 9 allemands, 56 anglais, 7 autrichiens, 9 belges, 22 bulgares, 37 espagnols, 41 grecs, 6 hollandais, 13 italiens, 1 monégasque, 1 norwégien, 18 portugais, 87 roumains, 268 russes, 30 serbes, 1 suédois, 27 suisses, 90 turcs, 161 américains (Etats-Unis), 19 égyptiens, 5 mauritiens, 1 persan, 1 australien, 5 argentins, 1 cubain.

Le relevé des étudiants étrangers inscrits dans les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires au deuxième trimestre de l'année scolaire 1889-1890, donne un total de 15 étrangers :

Alger en compte 3, dont 1 anglais, 1 grec, 1 italien, 1 suisse, 4 turcs.

Nantes compte 1 suisse.

Reims compte 1 allemand.

Rennes compte 2 étrangers, dont 1 anglais et 1 américain (Etats-Unis).

Les douze autres écoles ne comptent pas d'étudiants étrangers.

En résumé, 15 étrangers sont inscrits dans nos écoles de plein exercice et nos écoles préparatoires, dont 1 allemand, 3 anglais, 1 grec, 1 italien, 1 russe, 2 suisses, 4 turcs, 1 américain (Etats-Unis), 1 annamite.

La réglementation de la prostitution. — Le Conseil municipal de Paris a repoussé par 36 voix contre 23 le projet de délibération qui lui était soumis, au sujet de la réglementation de la prostitution.

La majorité comprend 6 membres du parti ouvrier, 12 membres de la droite, 2 ou 3 indépendants et une partie des membres du groupe des Droits de Paris.

Les possibilistes sont venus déclarer qu'ils avaient voté contre le projet parce que la prostitution était l'effet de la mauvaise organisation sociale, parce que ni les règlements de police, ni les mesures prophylacticques ne pouvaient y mettre un terme, et parce que la réorganisation sociale, suivant le programme du parti ouvrier, empêchera la femme de se laisser aller aux « incitations de la misère ».

M. Ferdinand Duval a expliqué ensuite le vote très commenté de la droite :

« La commission, dit-il, a proposé un certain nombre de réformes et a obtenu l'adhésion de M. le préfet de police. La discussion n'a donc pas été inutile, puisque ce résultat a été obtenu. Or, le vote de l'ensemble du projet liait le conseil et engageait sa responsabilité. »

Par contre, des socialistes comme MM. Vaillant et Rouanet ont voté le projet, bien qu'il ne réalisât pas leur idéal, mais parce qu'il constituait un progrès réel sur l'état de choses actuel et parce que le préfet de police manifestait un vif désir d'apporter des modifications dans le fonctionnement de la police sanitaire.

Le vote négatif sur l'ensemble n'empêchera pas toutefois des réformes d'être effectuées, car le conseil a décidé ensuite, à une forte majorité, de distraire du projet général les motions concernant l'asile sanitaire et l'établissement pour les jeunes filles.

En conséquence, il a été décidé en principe que l'on créérait un asile sanitaire dans lequel seront envoyées les femmes reconnues malades par les médecins du dispensaire municipal. Cet asile ne pourra être, ni comme emplacement, ni comme régime, confondu avec la prison de Saint-Lazare, ni avec aucun autre établissement pénitentiaire.

En outre, on fondera, pour les filles mineures en état de vagabondage immoral, originaires du département de la Seine, un établissement spécial, qui devra être rattaché au service des moralement abandonnés.

Une infirmerie spéciale pourra y être annexée et devra recevoir les filles mineures se livrant d'habitude à la prostitution et reconnues atteintes de maladies vénériennes.

Les dispensaires de Rouen. — Nous trouvons dans la *Normandie Médicale* (1er juillet) un article qui fera sans doute réfléchir bon nombre de nos confrères sur les avantages

que l'on se plaisait depuis quelques années à attribuer aux dispensaires. Voici cet article :

« M. Bourneville (1) trouve que tout est pour le mieux dans l'organisation des Dispensaires de Rouen, il l'a du reste préconisée pour la ville de Paris. Tous les médecins de Rouen ne seraient peut-être pas de son avis, parce que, entre son appréciation et celle de nos confrères, il y a la distance qui sépare la théorie de la pratique.

« Dans tous les cas, il serait intéressant de faire un rapprochement entre l'article optimiste de M. Bourneville et le rapport que M. le Dr Leprevost (du Havre) a fait paraître dernièrement sur l'utilité des Dispensaires. Il est dit, entre autres choses, dans ce rapport, que le nombre des journées d'hôpital, loin de diminuer à Rouen depuis la création des Dispensaires, a augmenté.

« En 1882, avant la création des dispensaires, les dépenses d'assistance publique à Rouen s'élevaient à 1,432,599 fr. 53.

« En 1888, elles se sont élevées à 1,660,281 fr. 99(2).

« Soit, en six années, en dépit ou peut-être même à cause de la création des dispensaires, une aggravation de charges de 282,109 fr. 02.

« Les dispensaires seuls coûtent 363,131 fr. 48 à la ville de Rouen (2).

Stations municipales de voitures d'ambulance. — Par délibération en date du 17 juin 1887, le Conseil municipal, sur le rapport de M. Chautemps, a décidé la création de deux stations de voitures, destinées au transport des malades atteints d'affections donnant lieu à l'admission immédiate dans les hôpitaux; il a ouvert pour la construction de ces deux stations un crédit de 150,000 francs.

La première de ces stations, inaugurée le 5 octobre 1889, fonctionne depuis cette époque aux numéros 6, 8 et 10 de la rue de Staël (15e arrondissement).

La seconde station a été inaugurée le 8 juillet; comme la précédente, elle est pourvue de voitures spéciales et de brancards dont les types ont été adoptés par un jury spécial de 6 membres, désignés par la Commission sanitaire du Conseil municipal.

Le service est organisé de la façon suivante : au premier avertissement parvenu au chef de la station, soit par une communication verbale, soit par le télégraphe ou le téléphone, une voiture portant une infirmière des hôpitaux est immédiatement envoyée au domicile du malade; un certificat rédigé par le médecin traitant doit indiquer la nature présumée de la maladie, afin que l'on sache s'il y a lieu à l'admission immédiate ou si le malade doit, au préalable, être examiné par les médecins du Bureau Central.

Après chaque opération, les voitures et les chevaux seront soigneusement désinfectés, avant de servir à un nouveau transport. De même aussi les infirmières et les cochers seront astreints à des précautions hygiéniques rigoureuses. Enfin, le Conseil municipal a décidé l'annexion à la station de la rue de Chaligny d'une étuve Geneste et Herscher, destinée tout à la fois à la désinfection de la literie ayant servi aux transports et accessible au public qui voudrait s'en servir. Les crédits sont votés, les devis approuvés et les travaux vont être rapidement poussés.

On ne saurait trop insister sur les avantages qu'offre la présente création à la population parisienne et principalement à la classe pauvre, qui forme la clientèle ordinaire des hôpitaux. Les malades, dont l'admission immédiate à l'hôpital s'impose, n'avaient jusqu'ici que des moyens de transport insuffisants et coûteux; grâce aux voitures actuelles, ils sont transportés avec tous les soins et toutes les garanties désirables.

Lapins enragés. — L'Amérique conservera toujours la palme pour les histoires de ce genre et nous aurions mauvaise grâce à la lui disputer. Nous nous bornons donc à reproduire la petite anecdote que voici :

Un vol des plus plus bizarres vient d'être commis à Chicago, au Rush Medical College : on a dérobé, dans une des dépendances de l'établissement, plusieurs lapins qu'un des professeurs du collège, le Dr Lagoria, avait inoculés avec du virus rabique. Si le voleur est mordu par un de ces lapins, il sera certainement atteint d'hydrophobie.

On juge de l'émoi causé au collège Rush par ce vol absolument inattendu; en ville, la nouvelle du vol a jeté la consternation partout, et dans les divers marchés les lapins sont tombés bien au-dessous du cours : personne n'en veut à aucun prix. Une récompense honnête est promise à celui qui rapportera au collège Rush les lapins inoculés.

Société de biologie. — Prix Ernest Godard. — (500 fr.) Le prix Ernest Godard sera décerné à la fin de l'année 1890. Les mémoires doivent être envoyés, avant le 15 octobre 1860, au secrétaire général, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Etuve municipale de désinfection. — Une nouvelle étuve, sise à Paris, rue des Récollets, nº 6, annexée au refuge de nuit du quai Valmy et devant, en même temps, être mise à la disposition du public, a été inaugurée aujourd'hui jeudi 24, à 3 heures après-midi.

Médecins conseillers généraux. — Le dimanche 20 juillet M. le Dr Halmagrand a été élu conseiller général pour le canton ouest d'Orléans et M. le Dr Levesque a été élu conseiller général pour le canton de Domfront.

Université de Berlin. — Le professeur Jolly, de Strasbourg, est nommé à la chaire des maladies mentales et nerveuses de l'Université de Berlin, vacante depuis la mort du professeur Westphal.

Legs. — Par décret en date du 10 juin, rendu sur le rapport du ministre de l'Intérieur :

Le trésorier du comité de bienfaisance israélite de Paris, reconnu d'utilité publique par décret du 28 janvier 1887, est autorisé, au nom de cet établissement, à accepter :

1° Le legs d'une somme de 3,000 francs fait audit établissement par le sieur Monteaux (Elie-Adelson), suivant son testament olographe du 8 février 1888;

2° Aux clauses et conditions énoncées, la libéralité résultant en faveur du même établissement de la disposition par laquelle ledit testateur a, suivant son même testament, légué à la maison de retraite des femmes juives âgées (fondation Moïse-Léon) la somme nécessaire pour fonder un lit et pour l'entretien de la personne qui l'occupera; la somme totale ne devra pas dépasser 10,000 francs.

Le trésorier de la fondation de Rotschild, reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du 8 avril 1886, est autorisé à accepter, au nom dudit établissement, le legs à lui fait par le sieur Monteaux (Elie-Adelson) suivant

(1) Le *Progrès médical*, nº 24, 1890.

(2) Nous devons faire une réserve sur l'exactitude de ces chiffres, car le Compte-Moral des Hospices, pour 1888, accuse une dépense supérieure de 200,000 francs aux chiffres donnés par M. Leprévost; et nous sommes convaincu, d'autre part, que les dépenses du Bureau de bienfaisance sont plus élevées que notre confrère ne le rapporte.

son testament olographe du 8 février 1888, et consistant en une somme de 3,000 francs.

Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris (Seine), est autorisé à accepter le legs d'une somme de 3,000 francs fait au bureau de bienfaisance du 9e arrondissement de la ville de Paris par le sieur Monteaux (Elie-Adelson) suivant son testament olographe du 8 février 1888.

Le produit de cette libéralité sera placé en rentes 3 0/0 sur l'État; mention sera faite sur l'inscription de la destination des arrérages.

Nécrologie. — Le Dr Raoult Deslongchamps (V.), médecin principal de 1re classe de l'armée en retraite, ancien médecin en chef de l'état-major de la place de Paris, ancien médecin en chef du 12e corps d'armée, commandeur de la Légion d'honneur. — Le Dr Baudisson, de Quinson (Basses-Alpes), reçu en 1852, décédé à l'âge de 62 ans. — Le Dr Dequevauvillers (Jean-Jacques), ancien interne des hôpitaux de Paris (1839), reçu docteur en 1844, décédé à Paris. — Le Dr Labosse, de Nitry (Yonne), reçu en 1853. — Le Dr Louis Pénard, correspondant de l'Académie, à Versailles, chevalier de la Légion d'honneur, reçu en 1848. — Le Dr Rougier, de Paris, reçu en 1882. — Le Dr Pothier-Duplessy (Charles), ancien médecin prin cipal de 1re classe des armées. — Le Dr Caulier, ancien professeur au Val-de-Grâce.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La croissance et son rôle en pathologie, essai de pathologie générale par le Dr Maurice Springer, ancien interne des hôpitaux de Paris (1 volume in-8°, 6 fr. Félix Alcan, éditeur).

L'auteur considère que la période de croissance est la plus importante de la vie humaine. Non seulement un grand nombre de maladies de l'enfance dépendent des différentes modalités de la croissance, mais encore cette première phase de l'existence, par l'intensité des réactions vitales, est celle de l'établissement de la constitution ; d'où il résulte que du mode de croissance dépend une santé forte capable de résister aux accidents de la vie, ou bien au contraire un tempérament faible, ouvrant la porte à une foule de maladies. D'après M. Springer, le médecin possède une grande action sur la croissance ; il peut dans une certaine mesure la diriger dans le bon sens et corriger les vices de constitution qu'une hérédité défectueuse devait fatalement appeler.

A chaque âge et à chaque milieu organique correspondent certains aliments de croissance. La physiologie du sevrage et de la puberté sont étudiées avec soin ; par les déviations de la nutrition si fréquentes à ces époques de transition, les phénomènes physiologiques peuvent devenir pathologiques.

M. Springer étudie le rôle de la croissance dans les affections du tissu osseux, du système nerveux, du système vasculaire, du système lymphatique ; puis il montre l'influence très importante des troubles du tube digestif. Un chapitre sur l'action réciproque des maladies infectieuses et de la croissance termine cet ouvrage auquel sont jointes comme conclusion des considérations générales sur le traitement des maladies liées à la croissance et sur la manière de les prévenir.

Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles, par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de 1re classe, avec une introduction par Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. Paris, 1890, 1 vol. in-18 de 308 pages cartonné, 3 frs. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Des troubles trophiques dans l'hystérie, par le Dr Athanassio, avec une préface de M. le professeur Charcot. 1 vol in-8° avec 10 figures intercalées dans le texte et 2 planches, 4 fr. Paris, Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Action thérapeutique de Salies-de-Béarn contre l'évolution chronique des maladies et leurs complications microbiennes, par le professeur R. Petit. 1 vol. in-8°, 3 fr. Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Bibliothèque anthropologique, tome XIII. Dépopulation et civilisation. — Etude démographique, par Arsène Dumont, membre de la Société d'anthropologie, 1 vol. in-8°, 8 fr. Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, directeur, Dr Jules Rochard, tome second, fascicule 6, chapitre IV. Théorie de l'alimentation, par le Dr Gabriel Pouchet, 1 vol. in-8° avec figures intercalées dans le texte, 2 fr. 50. Prix du tome second, complet 20 fr.

Avis. A partir du 15 juillet, le prix de la souscription à forfait à l'ouvrage complet est porté de 120 à 150 fr. Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de Médecine.

Leçons de clinique médicale, par H. Rendu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker. Maladies générales ; maladies du poumon et de la plèvre ; maladies du cœur et des vaisseaux ; maladies de l'estomac, du foie, de l'intestin, des reins ; maladies du système nerveux. Deux volumes gr. in-8, formant 1,100 p. Prix : 20 francs. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Traitement des maladies de la peau, avec un abrégé de la symptomatologie, du diagnostic et de l'étiologie des dermatoses, par le Dr L. Brocq, médecin des hôpitaux de Paris. 1 fort. vol. gr. in-8 de 940 pages. Prix : 14 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Étude sur les empoisonnements alimentaires, microbes et ptomaïnes, par les Drs Polin et Labit, médecins-majors des armées. 1 vol. gr. in-8 de 240 pages. Prix : 5 fr.

L'éditeur O. Doin publie l'Hygiène des sexes, par le Dr *E. Monin*. L'écrivain si aimé du grand public décrit, dans ce nouvel ouvrage, l'hygiène des organes générateurs chez l'homme et chez la femme, et élucide les préceptes qui ressortissent à leur fonctionnement rationnel.

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES. — **L'Emulsion Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. — Dr Ferrand *Traité de médecine*, 1887).

ANÉMIE, CHLOROSE. Dragées **Cézard**, ne *constipe pas*.

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.

VIN DE BAYARD pepto-phosphaté, le plus puissant reconstituant.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris, imprimerie DAVY, 52, rue Madame.